UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & PHARMACIE D'ALGER

Année 1912 — N° 15

Contribution à l'Étude

du

Traitement Opératoire

de la

Hernie Inguinale

par le Procédé de Rochard

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1er Juillet 1912

PAR

BELHANDOUZ MOHAMMED

né à Renault, le 28 Novembre 1884

ALGER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE & LITHOGRAPHIQUE S. LÉON

15, RUE DE TANGER

1912

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & PHARMACIE D'ALGER

Année 1912 — N° 15

Contribution à l'Étude du Traitement Opératoire de la Hernie Inguinale par le Procédé de Rochard

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1er Juillet 1912

ACAD. UNIV. BAT. BIBL.

PAR

BELHANDOUZ MOHAMMED

né à Renault, le 28 Novembre 1884

MEMBRES DU JURY :

Juges { MM. VINCENT, Professeur de Clinique chirurgicale, Président.
ROUVIER, Professeur de Clinique obstétricale, Assesseur.
CABANES, chargé des fonctions d'agrégé, Assesseur.
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé, Assesseur.

NOTA. - La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN ..... MM. CURTILLET (I. ✪).
ASSESSEUR ..... VINCENT (I. ✪).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✪).
Anatomie pathologique et histologie	POUJOL (I. ✪).
Physiologie	REY (✲ I ✪).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪)
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✲ I, ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✲ I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (A. ✪).
Chimie médicale et toxicologie.	MALOSSE (I. ✪ ✪).
Physique médicale et biologique	GUILLEMIN (✲ I. ✪).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ✪).
Histoire naturelle médicale	TRABUT (✲ I. ✪ Ma O ✪).
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie	SOULIÉ (I ✪).
Hygiène et médecine légale ...	CRESPIN (I. ✪.)

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologique	SAMBUC (I. ✪).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

Chaires d'anatomie et de physiologie	LEBLANC (A. ✪).
Chaires de pathologie et de clinique internes	GILLOT (A. ✪).
Chaires de pathologie et de clinique externes, et de clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✪). FUSTER.
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✪).
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale.	RAYNAUD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine	VIGUIER.
Section d'anatomie	ARGAUD (A. ✪).

A la Mémoire

de mon Père et de ma Mère

A ma Femme — A mon Fils

A mes Frères et Sœurs

A mes Beaux-Parents

A mes Amis

A mon Maître, le Docteur Moggi

hommage de grande reconnaissance

A tous mes Maîtres de la Faculté d'Alger

et de l'Hôpital Civil de Mustapha

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR VINCENT

qui nous fit l'honneur d'accepter la Présidence de notre thèse

hommage de profonde et grande gratitude

A mes Juges

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUVIER

MONSIEUR LE DOCTEUR CABANES

MONSIEUR LE DOCTEUR FUSTER

Respectueux Hommage

INTRODUCTION

Durant notre séjour comme interne à l'Infirmerie de Birtraria, il nous a été donné d'assister à la cure radicale d'un nombre assez important de hernies inguinales, par une méthode qui, sans être toute nouvelle, ne paraît cependant employée que par un nombre restreint de chirurgiens.

C'est le procédé que Rochard applique depuis près de sept ans et qu'il a eu l'occasion de décrire dans différentes publications. Les résultats que nous avons eu l'occasion de constater ont été à tel point favorables que notre maître, le Docteur Moggi, nous a suggéré l'idée de rassembler les observations des sujets opérés par ce procédé et d'en faire notre sujet de thèse inaugurale.

Un nouveau travail consacré à la cure opératoire de la hernie inguinale, pourra paraître superflu. Nous disposons, en effet, à l'heure actuelle, d'une grande richesse de procédés, donnant tous des résultats satisfaisants. Aussi notre but,

n'est-il pas de bouleverser les idées en cours pour la cure d'une affection si étudiée. Nous avons voulu simplement essayer de prouver que le procédé décrit par Rochard dans un « *Exposé d'un procédé spécial de cure radicale de hernie inguinale* », semble supérieur à ceux, généralement employés par les chirurgiens, en particulier celui de Bassini.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire le très grand nombre de procédés, employés par les différents chirurgiens, ce travail d'ensemble a déjà été fait par M. Bouveret (Thèse de Montpellier 1906).

Après un rapide aperçu anatomique de la région inguinale, nous décrirons le procédé dit « de Rochard », nous en montrerons les avantages et nous complèteront cette étude par l'examen des nombreuses observations qui s'y rapportent.

Le traitement du sac herniaire, après avoir donné lieu, à de nombreuses discussions, est aujourd'hui bien établi ; la plupart des chirurgiens sont d'accord pour le lier et l'exciser le plus haut possible. Notre discussion portera principalement sur la réfection de la paroi abdominale, paroi reconstituée en arrière et en avant du cordon

dans le procédé de Bassini, au devant du cordon, dans le procédé de Rochard.

En effet, le point capital dans la cure radicale d'une hernie inguinale est de reconstituer une paroi solide, capable de s'opposer à la récidive. N'est-ce pas la crainte de la récidive, qui a suggéré le très grand nombre de procédés de la cure radicale de la hernie inguinale ?

APERÇU ANATOMIQUE

La hernie inguinale est celle qui est formée par l'issue des viscères abdominaux hors de leur cavité naturelle à travers le canal inguinal. Le canal inguinal est creusé dans l'épaisseur de la paroi abdominale ; il présente deux parois, l'une antérieure, constituée par les fibres tendineuses du grand oblique, qui va s'insérer au moyen de l'arcade de Fallope, sur le bord antérieur de l'os coxal, l'autre postérieure, formée par le fascia transversalis ; cette paroi postérieure nous présente deux régions différentes : l'une interne, résistante, formée du fascia transversalis, renforcé par les ligaments de Colles et de Henle, du bord externe du grand droit et du tendon conjoint, l'autre externe réduite au fascia transversalis. C'est en ce point que se produiront la plupart des hernies. Nous avons donc dans la paroi postérieure un point faible compris entre deux plans résistants,

le tendon conjoint en haut, l'arcade de Fallope en bas. De tout temps les chirurgiens se sont efforcés d'opérer la cure radicale de la hernie et d'en empêcher la récidive en supprimant ce point faible. Ce résultat est obtenu aujourd'hui en réunissant l'un à l'autre les deux plans résistants qui limitent le point faible. Dans le cas où les sujets présentent de solides parois, la reconstitution de la paroi antérieure,comme dans le procédé de Lucas-Championnière est suffisante pour supprimer la hernie et d'en empêcher la récidive ; il n'en est plus de même lorsque l'on opère des sujets à parois faibles, il faut avoir recours à la suture des plans résistants décrits plus haut.

HISTORIQUE

La reconstitution d'une paroi abdominale au devant du cordon n'est pas une technique spéciale à Rochard. D'autres chirurgiens avant lui l'avaient employée. Halsted l'emploie depuis 1893 ; à cette époque il place le cordon en avant dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Villar, dans le Journal de médecine de Bordeaux en 1894 et au Congrès de chirurgie de 1897, vente les avantages d'une paroi antéfuniculaire.

Aguilar, dans une note parue dans la Médecine moderne 1897, décrit une méthode analogue.

Monod et Vanverts présentent à la Société de Chirurgie 1899, un procédé où ils reconstituent une paroi antéfuniculaire à l'aide de fils enlevables.

Philps, de New-York, préconise au Congrès de Chirurgie 1900, un procédé où la paroi est reconstituée au devant du cordon.

Girard, de Berne, au Congrès de Chirurgie de 1900, expose également les avantages d'un procédé à paroi antéfuniculaire.

Bégouin, en 1903, faisait également ressortir toute la valeur des procédés à paroi antéfuniculaire.

Lorsque Bassini décrivit son procédé dans lequel il reconstitue une paroi en arrière et au devant du cordon, presque tous les chirurgiens se rallièrent à sa manière de faire.

Après suppression du sac herniaire, le cordon est récliné en haut et en dedans, la paroi postérieure est reconstituée en suturant le tendon conjoint à l'arcade de Fallope, puis le cordon remis en place on suture au devant de lui, les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique préalablement sectionnée, pour permettre la dissection du sac sur une plus grande étendue.

Rochard fut un des plus fervents partisans de cette méthode, et nombreux sont les malades auxquels il l'appliqua.

Son attention fut toutefois attiré par des phénomènes douloureux, présentés par plusieurs de ses opérés. Après une observation attentive, il nota chez certains un gonflement, une induration

du cordon spermatique, persistant quelquefois longtemps après l'opération.

Il rechercha la cause de ces troubles et fut amené à l'attribuer à l'élongation que faisait subir au cordon la manœuvre nécessaire pour le récliner en haut et permettre la réfection de la paroi postérieure.

Son explication fut confirmée par un article du chirurgien américain W. H. S. Halsted publié dans les bulletins de Johns Hoskin Hospital (août 1904). L'auteur signalait en effet, l'atrophie possible du testicule chez les opérés, par tout procédé qui a pour but de déplacer le cordon ou de le libérer momentanément, pour refaire la paroi postérieure. Il est vrai qu'Halsted, à cette époque, employait un procédé où le déplacement du cordon était plus sensible que dans le procédé de Bassini. Halsted, en effet, déplaçait complètement le cordon en le faisant sortir à la partie supérieure de son incision et en le laissant en avant dans un plan superficiel, tandis qu'il refait la paroi inguinale en arrière. On se rend compte aisément du grand changement produit dans les rapports anatomiques, changement qui n'existe pas dans le Bassini qui est un procédé très anatomique

puisqu'il reconstitue le canal inguinal tel qu'il était avant l'opération.

En rapprochant ces cas d'atrophie du testicule des lésions du cordon qu'il avait observées chez plusieurs de ses opérés, Rochard en conclut que les manœuvres d'étirement du cordon pouvaient bien aboutir à ces funestes conséquences. Berger à la suite de l'emploi du Bassini aurait également observé de l'atrophie du testicule. Forgues nous déclare avoir observé des funiculites, orchites légères, phénomènes douloureux qui, dans un grand nombre de cas, résultaient du déplacement forcé du cordon.

A la suite des fâcheux accidents qu'il avait observés, Halster modifia son procédé et, dans les cures de hernies, il ne déplace plus le cordon auquel il touche le moins possible ; il refait la paroi abdominale par dessus. C'est à peu de chose près le procédé qu'a adopté Rochard. Il ne touche pas aux veines spermatiques comme le fait le chirurgien américain qui les resèque d'une façon systématique dans toutes ses opérations de hernie. Pour ce chirurgien, en effet, la dilatation des veines du cordon qu'il a rencontrée dans ses interventions sont cause de l'élargissement du canal et

favoriseraient, lorsqu'elles se vident, la récidive de la hernie. Rochard se demande, au contraire, si ce n'est pas la hernie, génant la circulation de retour, qui produit la dilatation et, de ce fait, ne touche pas aux veines, à moins qu'il ne se trouve en présence d'un varicocèle compliquant la hernie, auquel cas tout chirurgien profite de l'opération de la cure de la hernie pour reséquer à leur origine les troncs des veines qui vont former le paquet variqueux.

DESCRIPTION DU PROCÉDE D'APRÈS ROCHARD

« L'incision de la peau est absolument abdominale et n'empiète en rien sur le scrotum (cette incision abdominale est adoptée à peu près par tous les chirurgiens ; l'incision de Bassini descend sur le scrotum et fait courir à la plaie opératoire les risques d'infection provenant des nombreux poils et glandes de la région scrotale). Elle est pratiquée sur le trajet du canal inguinal en dépassant un peu en haut et en bas ses limites. Cette incision menée, je découvre l'aponévrose du grand oblique et l'orifice extérieur du canal inguinal; l'index est engagé dans l'anneau et décolle, par des pressions douces et successives, les différents éléments du cordon de ses rapports avec la paroi antérieure. Cela fait, deux pinces de Kocher sont introduites parallèlement dans le canal et l'aponévrose est incisée entre ces deux pinces.

Le sac est alors recherché, puis saisi avec une

pince de Kocher et dégagé sur une assez grande étendue pour qu'après ligature et section du pédicule ce dernier se réduise de lui-même dans l'abdomen.

Jusqu'ici, les différentes manœuvres que nous venons de décrire sont communes à toutes les opérations de cure radicale, et c'est à ce moment que Bassini dégage complètement ce cordon de façon à le récliner en dedans sur l'abdomen.

C'est aussi, dans ce temps, que ce produit l'étirement souvent exagéré du cordon, étirement qui peut traumatiser les vaisseaux ou même le canal déférent.

Dans le procédé que j'ai adopté, une fois l'aponévrose du grand oblique incisée, une fois le sac réséqué, on ne touche pas au cordon qu'on laisse en sa place ; mais on repère le petit oblique, l'arcade de Fallope qu'on va réunir l'un à l'autre par des points en U comme cela est représenté dans la figure 1, de façon que les fils passent dans l'arcade et laissent libre le feuillet de l'aponévrose du grand oblique qui sera suturée à son tour. Quand il y a un crémaster puissant, je suis la pratique d'Halsted, je le fais passer sous le petit oblique et je le suture au corps de ce dernier par des

points en U ; puis le bord du petit oblique est suturée à l'arcade comme je viens de le dire.

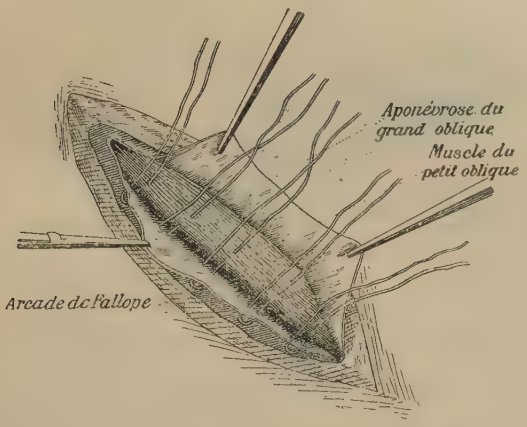

Figure 1

Trois ou quatre points en U sont ainsi placés, unissant solidement le petit oblique à l'arcade ; la lèvre inférieure de l'incision de l'aponévrose du grand oblique est alors passée sous la lèvre supérieure et ces deux aponévroses superposées l'une à l'autre sont fixées l'une contre l'autre à l'aide d'une double rangée de points en U, comme cela est représenté dans la figure 2. On obtient ainsi une paroi solide, reconstituée par le chevauchement des muscles et des aponévroses, formant une couche de tissus bien doublés, d'une épaisseur suf-

fisante, susceptible de s'opposer à la sortie de viscères.

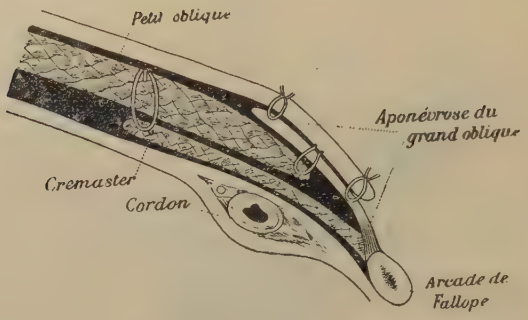

Figure 2

Le cordon spermatique sort dans l'angle inférieur formé par les différents plans réunis et sans avoir été le moins du monde tiraillé ou traumatisé.

Je ferai de plus remarquer qu'il y a superposition de plans de telle façon que, lorsque le crémaster est bien musclé, on trouve superposés quatre plans formés par ce muscle d'abord, puis le petit oblique, puis enfin les deux feuillets de l'aponévrose du grand oblique.

Comme on le voit, ce procédé est simple à réaliser. Il ressemble, me dira-t-on, à ceux déjà nombreux qui laisse le cordon en arrière ; cela est

exact, mais avec cette différence toutefois, que la réunion des parties molles n'est pas faite en masse, mais anatomiquement, plan par plan, en ayant soin de créer par leur doublement une paroi abdominale très solide.

Voilà plus de deux ans (depuis 1905), que j'ai adopté ce procédé et je m'en trouve fort bien. J'ai revu quelques-uns de mes opérés sans la moindre récidive.

J'insisterai en terminant sur l'avantage de cette manière de faire dans les hernies par glissement où le sac est incomplet et où sa réduction haut dans l'abdomen n'est pas possible. Dans ces hernies c'est la réfection de la paroi qui est la seule garantie contre la non-récidive et ce sont les seuls procédés, comme le procédé de Bassini et celui-ci, qui s'adressent aux muscles et aux aponévroses à la fois, qui ont les chances de donner les meilleurs résultats.

Tel est le procédé que nous avons employé dans la cure radicale de cent trente hernies inguinales, auquel on peut décrire les temps suivants :

1° Incision abdominale de la peau et du tissu
temps comprenant :

a) Incision abdominale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

b) Incision de l'aponévrose du grand oblique dont on repère les deux lèvres.

2° Dissection et excision du sac, temps comprenant l'ouverture du sac, le traitement de son contenu et son excision.

3° Restauration de la paroi abdominale au-devant du cordon, temps comprenant :

a) Recherche du transverse, petit oblique (tendon conjoint), qu'on repère avec une pince de Kocher.

b) Suture du crémaster s'il est développé au petit oblique et transverse.

c) Dénudation de l'arcade Fallope, dont on repère le bord postérieur avec deux pinces de Kocher.

d) Suture à l'aide de points en U, du petit oblique et transverse, au bord de l'arcade, par dessus le cordon.

e) Suture, par dessus ce plan, des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique, à l'aide d'une double rangée de points en U, de façon à faire chevaucher l'une sur l'autre, les deux lèvres.

f) Sutures cutanées.

Comme le fait remarquer Rochard, d'autres chirurgiens avant lui avaient reconstitué une paroi antéfuniculaire. Schwartz a décrit un procédé analogue dans le *Journal des Praticiens* (15 août 1875) : il abaisse les muscles du petit oblique et transverse en les fixant par dessus le cordon à l'arcade de Falloppe, à l'aide de simples points de suture ; puis il fait la suture des deux piliers et reconstitue l'anneau externe du canal par une série de sutures à la soie n° 2 ; mais il ne fait pas chevaucher les plans musculo-aponévrotiques les uns sur les autres de façon à renforcer la paroi le plus possible.

Mugnai, également, après avoir incisé l'aponévrose du grand oblique, lié et excisé le sac, fait une reconstitution de la paroi au devant du cordon, mais en un seul plan musculaire, il rattache à l'arcade crurale les muscles obliques et transverse.

Sur les 130 cas de hernies opérées par le procédé Rochard nous n'avons jamais observé d'induration du cordon, de varices des veines, ni de névralgies. Dans le Bassini, en restaurant la disposition normale du trajet inguinal par la reconstitution de la paroi postérieure et de la paroi anté-

rieure, on ménage trop les orifices du canal et entre les deux parois une nouvelle pointe de hernie peut se reproduire. Dans le déplacement du cordon en haut, pour la reconstitution de la paroi postérieure, nous avons vu que ses éléments peuvent être plus ou moins violentés. Ce déplacement pendant l'opération n'est pas la seule cause des lésions funiculaires, après le Bassini. S'il est tiraillé pendant l'opération, le cordon peut être, après qu'on a reconstitué le canal inguinal, comprimé d'une façon constante entre les deux parois ou bien au niveau des orifices. Le canal inguinal normal a une forme prismatique à base postérieure, Bassini, lui, reconstitue un canal inguinal à deux parois, antérieure et postérieure, qui sont réunies en haut et en bas en un bord. En admettant que ces parois soient, en dehors de leurs bords, indépendantes l'une de l'autre, chaque mouvement des muscles qui les constituent, tendra à les opposer l'une à l'autre. De cette façon, le cordon ne peut échapper à la compression. Si ces deux parois sont soudées l'une à l'autre par les tissus fibreux cicatriciels que présente chacune d'elle, le cordon sera comprimé entre ces deux plans fibreux ; il sera de plus immobilisé, fixé

entre ces deux plans fibreux et un mouvement qui aura pour effet de tirer ce cordon ne pourra que le traumatiser puisqu'il est fixé. Par la reconstitution antéfuniculaire de la paroi, on a un prisme à face antérieure, formée de la triple couche du grand oblique, petit oblique et transverse, une face postérieure formée par le fascia transversalis, où le cordon repose normalement, une paroi inférieure constituée par la gouttière de réflexion du grand oblique. Entre ces trois plans, le cordon est à l'abri des compressions; il ne peut être comprimé ni à l'orifice interne, ni pendant le trajet du canal inguinal, ni à l'orifice externe.

D'autre part dans le Bassini « la reconstitution d'une paroi postérieure ne se fait jamais qu'aux dépens de la paroi antérieure et réciproquement. » C'est ce qu'avait compris Lucas-Championnière, lorsqu'il essaya ce procédé ; aussi l'abandonna-t-il pour revenir à sa première méthode. Dans la reconstitution antéfuniculaire les parois musculaires et aponévrotiques qu'on place au devant du cordon sont solidaires l'une de l'autre ; elles ne font qu'ajouter l'une à l'autre leur effet de renforcement de la paroi. Le cordon est ainsi matelassé par une paroi et une cicatrice fi-

breuse beaucoup plus épaisse que celle de Bassini.

De nombreux auteurs ont imaginé une foule de procédés pour éviter de mettre en rapport le moignon du sac avec l'orifice interne du canal inguinal ; ils craignaient la récidive par l'infundibulum que présente le moignon du sac.

La reconstitution antéfuniculaire simplifie de beaucoup les choses ; il suffit simplement d'isoler et de lier le sac très haut au niveau de l'orifice profond et de ne plus s'en occuper. A mesure qu'on suture les muscles à l'arcade, on éloigne de plus en plus le moignon du sac de l'orifice de sortie du cordon, si bien que l'opération terminée, moignon et orifice sont distants de quatre à cinq centimètres et que, de ce chef, toute récidive est impossible.

Nous voyons d'après ce qui précède que le procédé de Rochard présente tous les avantages du procédé de Bassini, sans en avoir les inconvénients. Sur les 130 cas de hernies opérées par le procédé de Rochard, nous n'avons observé que deux récidives. Ces deux récidives ne sont pas attribuables à un défaut du procédé employé. Quelques hernies ayant suppuré après l'opéra-

tion, ces suites anormales ont été certainement la cause de la récidive.

Les malades opérés par ce procédé, habitant tous Alger, il nous a été facile, en nous rendant au domicile de chacun d'eux, de contrôler les résultats obtenus.

Malgré notre ferme désir d'apporter dans notre travail, le contrôle complet des 130 cures opérées, nous n'avons pu y réussir qu'en partie. Nous n'avons revu que 112 malades, les autres ont échappé au contrôle, soit qu'ils aient quitté Alger, soit qu'ils aient changé de domicile et que nous n'avons pu retrouver. Néanmoins nous considérons les cas non contrôlés, comme heureux. S'il y avait eu récidive, les malades seraient certainement revenus se faire opérer.

Les hernies inguinales se ressemblant toutes à peu de détails près, il nous a paru utile de décrire les observations détaillées des 130 malades opérés par le procédé de Rochard. Nous avons fait un choix de celles qui sont susceptibles de mettre en relief les avantages du procédé employé ; ce sont des observations personnelles que nous consignons dans notre travail sans prétention. Nous donnons, tout d'abord, une statistique générale

des cas opérés, statistique dans laquelle n'entre aucun cas de hernie chez la femme, nous n'avons jamais eu l'occasion d'en observer à l'infirmerie de Birtraria.

STATISTIQUE

Sur les 130 cas de hernies opérées :

24 se rapportent à l'année 1906 ;
21 à l'année 1907 ;
22 à l'année 1908 ;
19 à l'année 1909 ;
18 à l'année 1910 ;
20 à l'année 1911 ;
6 au début de l'année 1912.

L'âge des malades se répartit ainsi :

37 âgés de 12 à 25 ans ;
44 âgés de 25 à 40 ans ;
26 âgés de 40 à 50 ans ;
16 âgés de 50 à 60 ans ;

Ces hernies ont toutes été observées chez des sujets exerçant des professions pénibles, qui ont repris leurs occupations sans porter de bandage. Les deux récidives que nous avons observées concernent deux malades âgés, opérés l'un en 1906,

l'autre en 1908. Le premier opéré a récidivé trois ans après la cure, le second, deux ans après. Nous donnons les observations détaillées, de ces deux cas.

OBSERVATION I

G. A. maçon, 52 ans. Entre à l'infirmerie en octobre 1906 avec une hernie inguinale double ; a droite, cette hernie forme une saillie volumineuse de la grosseur d'une orange, descendant dans les bourses, à gauche, il existe une tumeur de la grosseur d'un gland. La hernie droite remonte à trois ans, la gauche est plus récente. Les deux anneaux inguinaux sont dilatés, le droit principalement, admet facilement l'introduction de deux doigts. A la palpation on sent une paroi molle, très relâchée.

Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané du côté droit, nous arrivons sur l'aponévrose du grand oblique qu'on dénude sur une assez grande hauteur. Cette aponévrose est mince, peu tendue. Nous l'incisons et nous trouvons un canal inguinal sans limite ; la paroi postérieure est effondrée ; il y a là une véritable éventration. Les muscles petit oblique et transverse sont grêles et pâles. Après dissection du sac adhérant aux éléments du cordon et résection de ce sac on suture les bords inférieurs du petit oblique et transverse, au bord postérieur de l'arcade crurale. Cette suture est faite au devant du cordon. Par

dessus ce premier plan les deux feuillets de l'aponévrose du grand oblique sont suturés par une double rangée de points en U, de façon qu'ils chevauchent l'un sur l'autre. On a immédiatement en palpant cette paroi une sensation de résistance. La même opération est effectuée sur le côté gauche.

Le malade, par la suite, présenta une légère suppuration de la plaie opératoire droite. A la sortie de l'infirmerie, on sent à droite un plastron dur, fibreux ; la paroi est résistante. Le cordon ne présente pas d'induration, il n'est pas douloureux ; les veines ne sont pas dilatées. Ce malade a été revu au commencement du mois de mai 1912. De chaque côté les cicatrices sont souples, non adhérentes aux plans profonds. La paroi abdominale est solide ; les cordons mobiles, les testicules non altérés. — Pas de récidive. — Le malade n'a pas porté de bandage.

OBSERVATION II. — RÉCIDIVE.

S. M. terrassier, 43 ans. — Entre à l'infirmerie en décembre 1906, avec une hernie inguinale droite remontant à sept ans. Cette hernie est volumineuse et descend dans le scrotum où elle refoule le testicule ; elle n'est pas réductible. La

paroi abdominale est très lâche ; sur le trajet du canal inguinal, on sent une large dépression. Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique est dénudée. L'anneau inguinal n'existe pour ainsi dire pas, tellement ses piliers sont écartés. On incise cette aponévrose, derrière laquelle on trouve une paroi postérieure effondrée. Le sac herniaire adhérent aux éléments du cordon est disséqué sur une haute étendue ; il contient des anses de l'intestin grêle adhérentes à lui, en plusieurs points. Après réduction de ces anses et résection du sac, la paroi postérieure est refaite au devant du cordon par suture du tendon conjoint à l'arcade de Fallope. Puis les deux feuillets de l'aponévrose sont doublés, par dessus la première suture, à l'aide d'une double rangée de points en U. On a ainsi au devant du cordon un plan solide et résistant.

Le malade par la suite a présenté de la suppuration ; il sort guéri de l'infirmerie, sans présenter de trouble du côté du cordon.

Ce malade revient à l'infirmerie trois ans après en octobre 1910, avec une récidive de hernie. La cure en est faite par le même procédé. L'aponévrose du grand oblique était très résistante, épaissie sur le trajet du canal ; la paroi musculaire était dissociée. Après cette deuxième cure, le ma-

lade n'a présenté rien d'anormal. La paroi abdominale était solide. Revu en mai 1912, ce malade présentait une bonne cicatrice fibreuse ; pas de récidive.

OBSERVATION III

P. H. 52 ans. — Entre à l'infirmerie en mai 1907, avec une volumineuse hernie scrotale du côté gauche. L'anneau inguinal est très distendu et permet facilement l'introduction de trois doigts. Cette hernie remonte à sept ans ; elle n'est pas réductible. La paroi abdominale est très lâche.

Après incision de la peau et du tissu sous-jacent, on dénude l'aponévrose du grand oblique qui est mince, peu tendue ; on l'incise et on trouve un canal inguinal sans limite ; les muscles petit oblique et transverse grêles et pâles, se sont retirés vers la ligne médiane. La dissection du sac demande beaucoup d'attention ; ce sac est en effet très adhérent aux éléments du cordon. Dans son intérieur on y trouve une masse épiploïque très adhérente, ainsi que la vessie adhérente également à ce sac. L'épiploon est réséqué, la vessie désadhérée. Les muscles petit oblique et transverse sont abaissés et suturés au bord postérieur

de l'arcade crurale. Par dessus ce plan les 2 feuillets de l'aponévrose sont doublés l'un sur l'autre et maintenus à l'aide d'une double rangée de points en U.

Le malade par la suite a présenté un hématome peu abondant. A sa sortie de l'infirmerie il présente un plan résistant et dur sur le trajet du canal inguinal. On ne note chez lui aucune induration du cordon qui n'adhère pas à la cicatrice ; il n'existe pas de varices, aucun phénomène douloureux.

Ce bon résultat s'est maintenu jusqu'en mai 1912, époque à laquelle nous avons revu le malade ; la cicatrice était souple, pas de récidive.

OBSERVATION IV

S. D. maçon, 48 ans. — Entre à l'infirmerie le 12 octobre 1907, avec une hernie inguinale droite acquise, remontant à cinq ans. Cette hernie, grosse comme une orange, descend dans le scrotum ; elle est difficilement réductible. En introduisant le doigt dans l'anneau inguinal on sent un orifice large ; la paroi abdominale parait peu solide.

Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané on arrive sur le cordon. L'aponévrose

du grand oblique est mince, elle se laisse facilement distendre. Après son incision le sac herniaire est disséqué ; il contient une masse épiploïque qu'on réduit dans l'abdomen. Les muscles petit oblique et transverse sont suturés à l'arcade de Fallope ; par dessus cette suture on fait chevaucher l'un sur l'autre les deux feuillets de l'aponévrose du grand oblique ; on les maintient en place par une double rangée de points en U.

Ce chevauchement a pour effet immédiat de tendre l'aponévrose du grand oblique qui constitue maintenant une sangle solide au devant des muscles. Les suites opératoires furent normales. A la sortie de l'infirmerie, le malade présentait une belle cicatrice par première intention. Le cordon ne présentait aucune induration et n'adhérait pas à la cicatrice. Nous n'avons noté aucune névralgie, les veines n'étaient pas dilatées. Ce malade a été revu au commencement du mois de mai 1912 ; nous n'avons pas constaté de récidive. Il n'a pas porté de bandage après l'opération.

OBSERVATION V

Ch. A. ébéniste, 44 ans. — Entre à l'infirmerie en novembre 1907, avec une hernie inguinale droite de la grosseur d'un œuf, remontant à trois

ans ; elle est réductible. L'anneau inguinal est dilaté ; la paroi abdominale est un peu lâche.

Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané on arrive sur l'aponévrose ; les piliers de l'anneau sont très écartés. Après incision de l'aponévrose du grand oblique, le sac est disséqué et réséqué. Les muscles petit oblique et transverse, peu charnus sont suturés au devant du cordon à l'arcade crurale .Puis les deux feuillets de l'aponévrose sont suturés en les faisant chevaucher l'un sur l'autre.

Les suites furent normales. A sa sortie de l'infirmerie le malade présentait une belle cicatrice, non adhérente au cordon. Ce cordon n'était pas induré, ni douloureux ; il n'y avait pas de varices des veines du cordon.

Ce malade a été revu au commencement du mois de mai 1912 ; il ne présentait pas de récidive, pas de trouble du côté du cordon ou du testicule.

OBSERVATION VI

P. A. menuisier, 55 ans. — Entre à l'infirmerie en décembre 1907, avec une volumineuse hernie inguinale droite, descendant dans le scrotum ; c'est une hernie très ancienne, remontant à 12 ans. Cette hernie ayant présenté des phénomènes dou-

loureux et n'étant pas réductible il nous a paru nécessaire de procéder à sa cure radicale. La paroi abdominale, à la palpation, paraît molle, peu résistante. Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on dénude l'aponévrose du grand oblique, qui est très relâchée ; on l'incise et on trouve un canal inguinal très élargi ; il y a là une large dépression ne présentant comme paroi qu'un fascia tranversalis excessivement mince. Le sac est très adhérent aux éléments du cordon et nécessite une dissection soignée ; il contient plusieurs anses de l'intestin grêle également adhérentes au sac. Après résection du sac, on suture au devant du cordon les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse, au bord postérieur de l'arcade de Fallope ; par dessus ce plan musculaire, les deux feuillets de l'aponévrose du grand oblique sont suturés par une double rangée de points en U de façon que ces deux feuillets se superposent.

A la dépression que nous avons trouvée, est substituée maintenant une paroi donnant une sensation très nette de résistance et de solidité. Les suites opératoires furent normales et à sa sortie de l'hôpital le malade présentait une bonne cicatrice. Nous n'avons noté aucune lésion du cordon, qui était très mobile, aucune névralgie, pas de varices. Ces bons résultats se sont maintenus jus-

qu'à l'heure actuelle et le malade revu en mai 1912 présentait une cicatrice souple, avec de bonnes parois au devant du cordon. Depuis son opération il n'a jamais souffert. Pas de récidive.

OBSERVATION VII

A. C. A. portefaix, 39 ans. — Entre à l'infirmerie, le 6 janvier 1908, avec une énorme hernie inguinale gauche, aussi volumineuse qu'une tête de fœtus. Cette hernie envahit le scrotum en refoulant le testicule perceptible à la vue sous la forme d'une petite saillie globuleuse. Cette hernie a débuté il y a deux ans, par un petit bourrelet très douloureux au niveau de l'anneau inguinal. Lorsque le malade entre à l'infirmerie la hernie présente les dimensions suivantes : 35 centimètres de la partie inférieure du pli inguinal au pôle inférieur ; 43 centimètres dans sa plus petite circonférence ; 49 centimètres dans sa plus grande circonférence.

La paroi abdominale parait assez résistante, bien qu'on sente une vaste dépression sur le trajet du canal inguinal. On pratique une large incision, atteignant la région scrotale ; l'aponévrose du grand oblique est mise à nu, ainsi que le cordon. L'anneau inguinal superficiel est très dila-

té; un large espace sépare les deux piliers.

La dissection du sac est laborieuse, attendu qu'il adhère au cordon. Dans son intérieur nous trouvons une grosse masse intestinale, constituée par des anses de l'intestin grêle et du gros intestin. Ces anses sont également adhérentes, on les libère et on les réduit dans l'abdomen. Le sac est réséqué. On reconstitue alors la paroi abdominale au devant du cordon, d'abord par la suture du tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade crurale, puis par le chevauchement des deux feuillets de l'aponévrose du grand oblique, maintenus en place par une double rangée de points en U.

Les suites de l'opération furent des plus satisfaisantes. Le malade, à sa sortie de l'infirmerie, présentait un large plastron induré au devant du cordon, donnant une sensation nette de résistance. Le cordon ne présentait rien d'anormal ; il était assez mobile, non induré. Il n'y avait pas de varices, le malade n'accusait aucune douleur.

Ces résultats se sont maintenus et le malade, revu en mai 1912, ne présentait pas de récidive, ni de troubles du côté du cordon. Au large plastron induré avait fait suite un tissu assez souple et très résistant.

OBSERVATION VIII
Récidive

R. J., 47 ans, maçon. — Entre à l'infirmerie le 12 février 1908 avec une hernie inguinale gauche, assez volumineuse, descendant dans le scrotum. Cette hernie remonte à huit ans. Tout d'abord maintenue par un bandage, l'apparition de douleurs dans le bas-ventre et la gêne du bandage pour l'exercice de sa profession, obligèrent le malade, peu de temps après, à abandonner le port du bandage. A son entrée à l'infirmerie, le malade présente une hernie du volume d'une grosse orange, non réductible. La paroi abdominale parait assez résistante à la palpation, bien qu'on note une dépression assez large sur le trajet du canal inguinal gauche. L'anneau est très dilaté. Après incision de la peau et du tissu sous-jacent, l'aponévrose du grand oblique est sectionnée ; elle est assez épaisse, légèrement distendue. Le sac est disséqué et détaché de ses nombreuses adhérences avec le cordon. Dans ce sac on y trouve l'épiploon adhérent également au fond du sac ; on en resèque une partie pesant 170 grammes, hémostase soignée de la surface de section. Le sac, lié et sectionné très haut, on suture le tendon conjoint à l'arcade de Fallope, par dessus le cordon; puis les deux feuillets de l'aponévrose du grand oblique

sont suturés par une double rangée de points en U, de façon qu'ils chevauchent l'un sur l'autre On constate ainsi au devant du cordon une paroi très résistante ; le cordon émerge par l'orifice naturel du canal inguinal, retréci par les sutures de l'aponévrose. On ne note pas de compression du cordon.

Les suites opératoires furent aseptiques ; le malade, en effet, présenta de la suppuration et on dut débrider la plaie opératoire, à sa partie inférieure sur une longueur de deux centimètres, pour permettre l'évacuation du pus. Le malade guérit et à sa sortie de l'infirmerie présentait une bonne cicatrice fibreuse. On ne notait aucune impulsion au moment de la toux, lorsqu'on la provoquait. Le cordon n'était pas induré. Le malade n'accusait aucune névralgie.

Ce malade se représente à l'infirmerie deux ans après, en mars 1910, avec une récidive de hernie.

Cette récidive fut opérée par le même procédé ; elle s'était faite au dessus et en dehors de la cicatrice. Nous avons trouvé une dépression assez large, derrière l'aponévrose du grand oblique très épaissie. Les suites de cette seconde opération furent heureuses. Le malade, revu en mai 1912, présentait une bonne paroi ; sa cicatrice était souple, non adhérente au cordon.

OBSERVATION IX

N. J., 40 ans, charretier. — Entre à l'infirmerie en mars 1908 avec une hernie inguinale gauche qu'il porte depuis six ans. Cette hernie est grosse comme le poing et gêne beaucoup le malade, chez qui elle occasionne fréquemment des coliques. La paroi abdominale parait résistante ; il existe une dépression très marquée sur le trajet du canal inguinal gauche, l'orifice inguinal est lui-même très dilaté.

Après incision de la peau et des tissus sous-jacents, on arrive sur l'aponévrose du grand oblique qu'on dénude ; cette aponévrose est résistante ; on l'incise et sur le trajet du canal on note une véritable éventration, les bords du petit oblique et du transverse se sont rétractés vers la ligne médiane. Le sac est disséqué et excisé, puis la paroi reconstituée au devant du cordon, d'abord par la suture du tendon conjoint, au bord postérieur de l'arcade crurale, ensuite par le chevauchement des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique. Le malade sort de l'infirmerie avec une très belle cicatrice, non adhérente au cordon, lequel ne présente aucun trouble.

Ce malade a été revu dernièrement, en mai 1912, il a toujours une belle cicatrice, non adhérente aux plans profonds. Lorsqu'on provoque

la toux on ne note aucune impulsion à l'anneau. Il n'y a pas eu récidive ; le cordon est très mobile, le testicule non altéré.

OBSERVATION X

G. J. journalier, 56 ans. — Entre à l'infirmerie en mai 1908 avec une hernie inguinale droite qu'il porte depuis 14 ans, maintenue par un bandage. Elle est assez volumineuse et descend dans les bourses lorsque le malade enlève le bandage ; elle est complètement réductible.

Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique est sectionnée, on découvre ainsi un vaste espace vide, constituant une véritable éventration. Le sac est disséqué et réséqué le plus haut possible. On suture au devant du cordon, le tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade crurale ; par dessus ce plan musculaire, on suture les deux feuillets de l'aponévrose du grand oblique en les faisant chevaucher l'un sur l'autre, à l'aide d'une double rangée de points en U.

Les suites opératoires furent normales. Le malade à sa sortie de l'infirmerie présente une bonne cicatrice au devant du cordon. La paroi abdominale est résistante, le cordon n'est ni induré, ni

douloureux. On ne note pas de varices des veines du cordon. Ce malade a été revu dans le courant du mois de mai 1912; il a une bonne cicatrice, très souple. On ne constate pas de récidive.

OBSERVATION XI

R. H. 42 ans, journalier. présente à son entrée à l'infirmerie en mai 1908, une hernie inguinale droite, volumineuse, qui descend jusqu'au fond des bourses. Cette hernie remonte à six ans; elle a été tout d'abord maintenue par un bandage, mais donnant lieu à de fréquentes coliques, le bandage dut être abandonné; elle n'est pas réductible. L'anneau inguinal permet l'introduction de trois doigts, il est très dilaté. La paroi abdominale est lâche.

Après incision de la peau et du tissu sous-jacent, l'aponévrose du grand oblique est dénudée, elle est mince, peu tendue. Le sac présente de nombreuses adhérences avec les éléments du cordon ; il contient une masse épiploïque pesant 210 grammes. Puis la paroi est reconstituée au devant du cordon par la suture du tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade de Fallope; on fait chevaucher ensuite l'un sur l'autre les deux feuillets de l'aponévrose du grand oblique.

Les suites opératoires furent normales ; à sa sortie de l'infirmerie le malade présentait une belle cicatrice non adhérente au cordon. Celui-ci ne présentait aucune altération. Ce malade a été revu au mois de mai 1912. Depuis son opération il n'a jamais souffert, sa cicatrice est souple; on ne constate pas de récidive. Il n'a jamais porté de bandage.

OBSERVATION XII

P. J., 61 ans, plombier, présente à son entrée à l'infirmerie, en juin 1908, une double hernie inguinale remontant à 9 ou 10 ans. A droite, elle est de la grosseur d'un œuf et descend dans les bourses; à gauche elle forme une petite saillie à l'anneau. Les deux anneaux sont dilatés, la paroi abdominale n'est pas résistante ; lorsqu'on la fait contracter on note par la palpation, de chaque côté sur le trajet du canal inguinal, une dépression plus marquée à droite qu'à gauche. La hernie n'est pas réductible ; elle occasionne de fréquentes coliques au malade, ce qui le détermine à se faire opérer.

Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané du côté droit, l'aponévrose du grand oblique est dénudée ; elle est très mince et se laisse

distendre facilement. On l'incise et on note un effondrement de la paroi postérieure. Les muscles petit oblique et transverse sont pâles, peu charnus ; on les suture à l'arcade de Fallope au devant du cordon ; les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique sont suturées de façon qu'elles chevauchent l'une sur l'autre. On sent immédiatement à la palpation une paroi résistante, se laissant peu déprimer. La même cure est faite à gauche. Les suites furent des plus normales. A sa sortie le malade ne présentait aucun trouble du côté du cordon, cordon mobile, non adhérent à la cicatrice très épaisse. Le malade a été revu vers le milieu du mois de mai 1912. Les cicatrices sont belles, souples. Le malade n'a jamais souffert depuis son opération. En provoquant la toux on ne note pas d'impulsion aux anneaux. Pas de récidive. Le malade n'a pas porté de bandage.

OBSERVATION XIII

D. E., 47 ans, tonnelier, entre à l'infirmerie en octobre 1908, porteur d'une hernie inguinale gauche qui s'est développée lentement et dont le début remonte à onze ans. Maintenue par un bandage, pendant les premières années, l'accroissement du volume de la hernie a obligé le malade à aban-

donner le port du bandage. A son entrée à l'infirmerie cette hernie présente le volume d'une orange; elle descend dans le scrotum et n'est pas complètement réductible. L'opération pratiquée quelques jours après, nous a montré durant son exécution, des muscles grêles, une aponévrose du grand oblique mince et distendue et un grand espace vide sur le trajet du cordon. Après dissection et excision du sac herniaire, la paroi abdominale a été reconstituée au devant du cordon par la suture du tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade crurale et par le chevauchement des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique.

Les suites opératoires furent excellentes. Le cordon n'était pas adhérent à la cicatrice et n'était le siège d'aucun phénomène douloureux ; il n'y avait pas de dilatation veineuse. Ce malade a été revu dans le courant du mois de mai 1912 ; il présentait une belle cicatrice souple. Le malade n'a jamais souffert depuis son opération, il n'a pas porté de bandage. On ne note pas d'impulsion au moment de la toux. Pas de récidive.

OBSERVATION XIV

H. C., 59 ans, cocher, entre à l'infirmerie en novembre 1908, avec une hernie inguinale gauche

qu'il porte depuis 15 ans. Il porte un bandage depuis 12 ans. La hernie est volumineuse lorsque le malade est debout, et descend dans le scrotum. L'anneau inguinal permet facilement l'entrée de trois doigts ; il est très dilaté. La paroi abdominale est très flasque, elle se laisse facilement déprimer malgré la contraction.

On pratique une incision empiétant légèrement sur la région scrotale. Le sac est disséqué ; il contient l'S iliaque qu'on réduit dans l'abdomen ; on refait la paroi abdominale par suture au devant du cordon, du tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade crurale ; par dessus ce plan on suture les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique à l'aide d'une double rangée de points en U, de façon que ces deux lèvres chevauchent l'une sur l'autre.

Les suites opératoires furent normales ; à sa sortie de l'infirmerie le malade présentait un plastron résistant au devant du cordon. Celui-ci était mobile, non induré, non douloureux ; il n'y avait pas de varices des veines. Ce malade a été revu au mois de mai 1912. La cicatrice est bonne, souple, non adhérente aux plans profonds. Pas d'impulsion au moment de la toux. Le malade n'a pas porté de bandage.

OBSERVATION XV

D. F., 49 ans, jardinier, entre à l'infirmerie en décembre 1908, avec une hernie inguinale gauche, grosse comme le poing ; elle gêne le malade dans la marche, ce qui le décide à se faire opérer. Cette hernie remonte à trois ans et est survenue à la suite d'une chute de cheval. Elle n'est pas réductible. L'anneau inguinal est très dilaté ; la paroi abdominale parait assez solide. Après dissection et ouverture du sac, on trouve dans ce sac une partie du gros intestin adhérant au sac ; il est réduit dans l'abdomen. La paroi est reconstituée en deux plans au devant du cordon.

1° Suture du tendon conjoint à l'arcade de Fallope ;

2° Chevauchement des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique. Les suites opératoires furent excellentes. A sa sortie de l'infirmerie ce malade présentait une belle cicatrice non adhérente au cordon, lequel n'était ni douloureux, ni induré. Ce malade a été revu en mai 1912. Ces bons résultats se sont maintenus, il n'a pas porté de bandage, pas de récidive.

OBSERVATION XVI

R. F., 61 ans, marbrier. — Est atteint d'une hernie inguinale gauche depuis 13 ans. Cette hernie est volumineuse et envahit le scrotum. Elle n'est pas réductible. Le malade vient se faire opérer parce que sa hernie lui donne des coliques et le fait énormément souffrir lorsqu'il fatigue. L'anneau inguinal est très dilaté. La paroi musculaire paraît assez solide.

L'opération est pratiquée le 13 janvier 1909.— On trouve un effondrement de la paroi postérieure au niveau du canal inguinal gauche. Dans le sac herniaire on trouve le cœcum qu'on réduit dans l'abdomen. La paroi abdominale est reconstituée au devant du cordon en deux plans.

1° Suture du tendon conjoint à l'arcade de Fallope ;

2° Chevauchement des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique.

Le malade à sa sortie de l'hôpital présente une bonne cicatrice, épaisse, non adhérente au cordon ; celui-ci ne présente aucune altération. Ce malade a été revu en mai 1912. Il n'a jamais souffert depuis son opération. La cicatrice est souple ; on ne note pas d'impulsion à l'anneau au moment de la toux. Le malade n'a pas porté de bandage.

OBSERVATION XVII

R. T.,47 ans, débardeur, présente une hernie inguinale droite, du volume d'une grosse orange, qui s'est formée depuis 11 ans. Elle n'est pas réductible et fait souffrir le malade.

L'opération est pratiquée en février 1909. On trouve un sac très adhérent aux éléments du cordon ; ce sac contient une masse épiploïque qui lui adhère en plusieurs points. On résèque une partie de cette masse épiploïque ; le sac est excisé le plus haut possible.

Reconstitution de la paroi au devant du cordon en deux plans :

1° Suture du tendon conjoint à l'arcade crurale ;

2° Suture des lèvres de l'aponévrose du grand oblique en les faisant chevaucher l'une sur l'autre.

A sa sortie de l'hôpital le malade présente une paroi solide et épaisse au devant du cordon ; celui-ci n'adhère pas à la cicatrice et n'est pas le siège d'induration, ni de phénomènes douloureux.

Ce malade a été revu en mai 1912. La cicatrice est belle, souple, non adhérente aux plans profonds. La paroi abdominale est solide. On ne note pas d'impulsion à l'anneau au moment de la toux.

OBSERVATION XVIII

B .M., forgeron, 45 ans. — Entre à l'infirmerie en mai 1912 avec une hernie inguinale droite, dont le début remonte à neuf ans. Elle forme à l'anneau une saillie de la grosseur d'un œuf. L'anneau inguinal est dilaté; la paroi abdominale est solide. Cette hernie est complètement réductible.

Opération : dissection et excision du sac herniaire. Reconstitution de la paroi au devant du cordon en deux plans. 1° Suture du tendon conjoint à l'arcade de Fallope ; 2° Suture des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique de façon qu'elles chevauchent l'une sur l'autre, suites opératoires excellentes. A sa sortie de l'hôpital le malade présentait une belle cicatrice, très épaisse, qui n'adhérait pas au cordon. Celui-ci ne présentait aucun trouble. Ce malade a été revu en mai 1912. Les résultats sont toujours bons. Il n'y a pas eu récidive.

OBSERVATION XIX

S. J. B., 63 ans, chanteur des rues. — Est atteint d'une volumineuse hernie droite, qu'il porte depuis 17 ans. Cette hernie présente le volume d'une grosse orange; elle descend dans le scrotum et n'est pas réductible. Depuis six mois elle occa-

sionne de fréquentes coliques, elle est parfois le siège de violentes douleurs ; elle gêne beaucoup le malade qui tient à se la faire enlever.

L'opération est pratiquée en octobre 1909. On trouve une large éventration au niveau du canal inguinal droit. Le sac est très adhérent aux éléments du cordon et contient dans son intérieur des anses de l'intestin grêle et du gros intestin. Ces anses adhèrent au sac. Elles sont libérées et réduites dans l'abdomen. Après ligature et excision du sac, la paroi abdominale est reconstituée au devant du cordon par la suture du tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade crurale ; par dessus ce plan on suture les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique de façon qu'elles chevauchent l'une sur l'autre.

A sa sortie de l'infirmerie ce malade présentait un large plastron induré au devant du cordon formant une barrière solide. Le cordon était mobile et n'adhérait pas à la cicatrice ; il n'était pas le siège d'induration ni de phénomènes douloureux ; les veines n'étaient pas dilatées. Ce malade a été revu en mai 1912. Il présentait une cicatrice souple, non adhérente aux plans profonds. La paroi abdominale était résistante ; il n'y avait pas de récidive. Le malade n'a pas porté de bandage et n'a jamais souffert depuis son opération.

OBSERVATION XX .

C. A., 56 ans, plâtrier. — Est atteint d'une hernie inguinale droite dont le début remonte à sept ans. Cette hernie s'est développée insensiblement et atteint à son entrée à l'hôpital, en novembre 1909 le volume du poing. Elle n'est pas complètement réductible et gêne beaucoup le malade qui n'a jamais porté de bandage. La paroi abdominale est lâche et se laisse facilement déprimer sur le trajet du canal inguinal droit.

A l'opération, après incision de l'aponévrose du grand oblique on trouve un effondrement de la paroi abdominale postérieure.

Le sac adhérent au cordon est disséqué ; il contient une masse épiploïque très adhérente. On résèque une partie de cette masse épiploïque en faisant une hémostase soignée de la surface de section. Après dissection et excision du sac, on reconstitue la paroi inguinale au devant du cordon par :

1° Suture du tendon conjoint à l'arcade de Fallope ;

2° Suture au dessus de ce plan des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique en les faisant chevaucher l'une sur l'autre.

Le malade par la suite présente une légère suppuration de sa plaie opératoire. Les résultats im-

médiats furent bons ; la cicatrice n'adhérait pas au cordon qui n'était ni douloureux ni induré. Les résultats éloignés furent également bons et le malade revu en 1912 présentait une belle cicatrice ; la paroi abdominale était solide. Il n'y avait pas d'impulsion à l'anneau au moment de la toux. Le malade n'a jamais porté de bandage ; il n'a jamais souffert depuis son opération.

OBSERVATION XXI

B. P., 46 ans, mouleur. — Entre à l'infirmerie en décembre 1909 avec une hernie inguinale droite de la grosseur d'une orange. Cette hernie descend jusqu'au testicule et n'est pas réductible ; elle remonte à neuf ans. Le malade qui a essayé de porter un bandage n'a pu l'endurer plus d'un mois.

Opération le 12 décembre : dissection et ouverture du sac. Résection d'une masse épiploïque adhérente au fond du sac. Reconstitution de la paroi abdominale au devant du cordon. Suture du crémaster très développé au muscle petit oblique. Suture de ce dernier et du transverse au bord postérieur de l'arcade crurale. Chevauchement des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique.

Suites opératoires normales. A sa sortie de l'in-

firmerie le malade présentait une paroi solide et épaisse au devant du cordon ; la cicatrice n'adhérait pas au cordon, lequel était très mobile, non induré, ni douloureux ; il n'y avait pas de dilatation veineuse ; la glande séminale n'était le siège d'aucun trouble.

Ce malade a été revu dans le courant du mois de mai 1912. Il présentait une belle cicatrice, souple, non adhérente aux plans profonds. Le cordon et le testicule n'avaient pas d'altération. Il n'y avait pas eu récidive. Le malade n'a jamais porté de bandage.

OBSERVATION XXII

Ch. B., 43 ans, charretier. — Entre à l'infirmerie en janvier 1910, avec une hernie inguinale gauche, dont le début remonte à sept ans. Elle présente le volume d'un œuf et n'est pas réductible. Elle est devenue très douloureuse pendant les derniers temps qui précèdent l'opération. L'anneau inguinal est très dilaté ; la paroi abdominale est assez résistante.

La cure radicale est pratiquée suivant le procédé de Rochard.

Excision du sac adhérent au cordon. Reconstitution de la paroi au devant du cordon par la su-

ture du tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade crurale. Suture des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique en les faisant chevaucher.

Suites normales. Le malade sort de l'infirmerie sans avoir présenté de troubles du côté du cordon ou de la glande séminale. Revu à la fin du mois de mai 1912, il présente une belle cicatrice, souple, non adhérente aux plans profonds. Le malade n'a jamais souffert depuis son opération. En le faisant tousser on ne note pas d'impulsion à l'anneau.

OBSERVATION XXIII

G. A., 53 ans, boulanger. — Entre à l'infirmerie en février 1910, avec une hernie inguinale gauche, du volume d'une orange. Elle est le siège de fréquentes coliques qui empêchent le malade de travailler. Elle n'est pas complètement réductible; on sent un anneau inguinal très large; la paroi abdominale n'est pas résistante.

Cure radicale : dissection et ouverture du sac. Résection d'une masse épiploïque adhérente au fond du sac. Résection du sac. Reconstitution de la paroi abdominale par : 1° Suture du tendon conjoint à l'arcade crurale ; 2° Chevauchement des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique.

A sa sortie de l'hôpital, le malade présente un plastron résistant au devant du cordon ; celui-ci est mobile, non induré, ni douloureux. Le malade a été revu à la fin du mois de mai 1912 ; il est enchanté de son opération parce qu'il ne souffre plus. La cicatrice est bonne, non adhérente au cordon. Il n'y a pas eu de récidive.

OBSERVATION XXIV

M. E., 49 ans, carrier. — Est atteint d'une hernie inguinale droite (envahissant le scrotum) dont il souffre beaucoup. L'anneau inguinal est très élargi. La paroi est assez résistante. La hernie est incomplètement réductible.

L'opération est pratiquée le 10 mars 1910.

Dissection du sac très adhérent aux éléments du cordon. Ouverture du sac qui contient une masse épiploïque. Résection de cette masse. Résection du sac. Reconstitution de la paroi au devant du cordon : 1° par la suture du tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade crurale ;

2° Par le chevauchement des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique.

Suites normales. Le malade présente à sa sortie de l'infirmerie une paroi épaisse, résistante au devant du cordon. Ce cordon est très mobile et n'adhère pas à la cicatrice ; il n'est pas le siège

d'induration ni de névralgie. Ce malade a été revu à la fin du mois de mai 1912. Il présente une bonne cicatrice fibreuse, souple, non adhérente aux plans profonds. Il n'y a pas eu récidive. Le malade n'a pas porté de bandage après son opération.

OBSERVATION XXV

T. F., 63 ans, manœuvre, présente à son entrée à l'infirmerie en mai 1910, une hernie droite, qui s'est développée il y a 12 ans. Cette hernie est maintenue par un bandage; elle descend jusqu'au fond des bourses, lorsque le malade enlève ce bandage. Elle lui a occasionné dernièrement de violentes coliques, ce qui le détermine à se faire opérer. L'anneau inguinal est très dilaté ; la paroi abdominale est lâche, peu résistante.

Durant le cours de l'opération on ne remarque rien de particulier ; la dissection du sac est pénible ; il est très adhérent. Les muscles petit oblique et transverse qu'on suture à l'arcade crurale, au devant du cordon sont minces, pâles et se déchirent par endroit. L'aponévrose du grand oblique est doublée au devant du cordon. La paroi ainsi constituée semble solide et résiste bien à la pression.

Le malade sort avec une bonne cicatrice ; il ne présente pas de trouble du côté du cordon. Ce malade a été revu en mai 1912, les résultats sont toujours bons ; la cicatrice est souple, non adhérente au cordon qui n'est pas le siège d'altération. Le malade n'a jamais souffert, depuis son opération ; néanmoins il a porté un bandage.

OBSERVATION XXVI

O. N., journalier, 35 ans. — Entre à l'infirmerie en mai 1910, avec une volumineuse hernie gauche ; il y a là sur le trajet du canal inguinal une véritable éventration. La paroi abdominale est faible, peu résistante. L'anneau inguinal est très élargi.

Pendant l'opération on constate un large effondrement de la paroi postérieure du canal inguinal ; on est obligé de refouler les anses intestinales qui font irruption au dehors par cette large brèche. Le sac est disséqué et excisé et la paroi abdominale reconstituée comme dans les opérations précédentes.

A sa sortie de l'infirmerie, le malade présente une solide paroi au devant du cordon. Celui-ci est mobile, non induré, ni douloureux. Ce malade a été revu en mai 1912 ; les résultats sont toujours

bons. Il présente une belle cicatrice, souple, non adhérente aux plans profonds. La hernie ne s'est pas reproduite. Le malade n'a pas porté de bandage après l'opération.

OBSERVATION XXVII

L. L., 53 ans, charpentier. — Entre à l'infirmerie en mai 1910, avec une hernie inguinale droite, dont le début remonte à 8 ans ; elle a grossi peu à peu malgré le port du bandage et atteint le volume d'une orange. Depuis trois mois elle est le siège de tiraillements et de sensation de pesanteur dans le bas ventre, ce qui détermine le malade à se faire opérer. L'anneau inguinal est très dilaté.

L'opération est pratiquée comme dans les opérations précédentes ; durant son exécution on a noté une mince aponévrose du grand oblique. On reconstitue néanmoins une paroi solide au devant du cordon.

Lorsque le malade sort de l'infirmerie, il présente une belle cicatrice à laquelle n'adhère pas le cordon, qui est mobile, non induré ; il n'y a pas de varices des veines.

Ce malade a été revu à la fin du mois de mai 1912 ; il présente une excellente cicatrice, souple.

Le cordon n'a été et n'est le siège d'aucune altération. On ne sent pas d'impulsion à l'anneau externe, au moment de la toux. Le malade n'a pas porté de bandage après l'opération.

OBSERVATION XXVIII

B. P., peintre, 45 ans. — Entre d'urgence à l'infirmerie pour une hernie inguinale gauche, qu'il porte depuis 9 neuf ans et qui lui a occasionné la veille de son entrée à l'infirmerie, le 4 juin 1910, de violentes coliques, accompagnées de vomissements. La hernie n'est pas réductible, l'anneau inguinal très élargi. A l'opération on constate qu'une anse intestinale est légèrement étranglée ; on la débride et on résèque après ligature en chaîne, une masse épiploïque qui adhérait au sac. La reconstitution de la paroi est faite comme dans les opérations des observations précédentes. Les suites furent normales. A sa sortie de l'infirmerie, le malade présente une paroi épaisse au devant du cordon, très résistante. Le cordon n'adhère pas à la cicatrice ; il n'est pas le siège d'induration, ni de phénomènes douloureux.

Ce malade a été revu à la fin du mois de mai 1912. Depuis son opération il n'a jamais souffert. Il présente une excellente cicatrice, souple,

non adhérente aux plans profonds. Le cordon n'a été le siège d'aucune altération. La hernie ne s'est pas reproduite. Le malade n'a pas porté de bandage.

OBSERVATION XXIX

M. T., 38 ans. — Entre à l'infirmerie le 2 juin 1910, avec une hernie inguinale droite, dont le début remonte à cinq ans. Elle s'est développée peu à peu et atteint actuellement le volume du poing. Depuis 15 jours cette hernie fait souffrir le malade qui a été obligé de quitter son travail (bourrelier). Elle n'est pas réductible ; l'anneau inguinal est très élargi. A l'opération on trouve un sac très adhérent au cordon ; il contient une masse épiploïque qui est réséquée. La reconstitution de la paroi abdominale est en tout semblable, à celles, faites dans les opérations précédentes. Le malade à sa sortie de l'infirmerie présente une paroi épaisse et résistante au devant du cordon : celui-ci n'est le siège d'aucun trouble.

Ce malade a été revu à la fin du mois de mai 1912. Les résultats sont toujours bons ; la cicatrice est souple. La hernie ne s'est pas reproduite. Depuis son opération le malade n'a jamais souf-

fert ; il a repris ses travaux peu de temps après sa sortie de l'infirmerie ; il n'a pas porté de bandage.

OBSERVATION XXX

Z. N., 46 ans, terrassier. — Entre à l'infirmerie, en juin 1910, avec une hernie inguinale droite, dont le début remonte à 10 ans. Il n'a jamais porté de bandage. Cette hernie grosse comme un œuf descend dans les bourses lorsque le malade fait des efforts. Elle n'est pas complètement réductible. L'anneau inguinal très élargi, permet l'introduction de deux doigts ; la paroi abdominale paraît assez solide.

A l'opération on trouve un sac très adhérent au cordon ; une masse épiploïque adhère au fond de ce sac ; elle est réséquée après ligature en chaîne et hémostase soignée. La paroi qui était effondrée derrière le cordon est reconstituée au devant du cordon : 1° par la suture du tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade crurale ; 2° par le chevauchement des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique. Le crémaster assez développé chez ce sujet a été suturé au tendon conjoint. Les suites de l'opération furent normales. A sa sortie de l'infirmerie le malade présentait une paroi

épaisse et solide au devant du cordon. La cicatrice n'adhérait pas au cordon; celui-ci était très mobile; il n'était pas douloureux, ni induré; il n'y avait pas dilatation veineuse. Ce malade a été revu à la fin du mois de mai 1912. Les résultats sont toujours bons. On ne note pas d'impulsion au moment de la toux. La cicatrice est belle et très souple. Le malade n'a pas porté de bandage.

OBSERVATION XXXI

F. L., 48 ans, manœuvre. — Entre à l'infirmerie en juin 1910, avec une hernie inguinale gauche, qui s'est formée depuis 6 ans. Elle atteint le volume d'un œuf et déborde l'orifice externe du canal inguinal qui est très dilaté ; le malade ne souffre pas de sa hernie; mais elle le gêne beaucoup; elle n'est pas complètement réductible.

La cure radicale en est opérée comme dans les opérations précédentes. On ne remarque rien de particulier si ce n'est un effondrement de la paroi postérieure du canal inguinal. La paroi est refaite au devant du cordon.

Le malade par la suite présenta un hématome peu abondant qu'on ponctionna. Il sort de l'infirmerie avec une belle cicatrice, une paroi épais-

se et résistante au devant du cordon. Celui-ci n'est le siège d'aucun trouble.

Le malade a été revu à la fin du mois de mai 1912. Les résultats sont toujours bons. La cicatrice est souple, non adhérente aux plans profonds. Il n'y a pas eu récidive. Le malade n'a pas porté de bandage après son opération.

OBSERVATION XXXII

O. T., 38 ans, charretier. — Entre à l'infirmerie, le 30 juin 1910, avec une hernie inguinale double. La droite s'est formée depuis 5 ans, elle descend dans les bourses, la gauche ne remonte qu'à un an.

Ces deux hernies font souffrir le malade. Ce sont des hernies de faiblesse ; la paroi abdominale est en effet très relâchée et se laisse facilement déprimer malgré sa contraction.

Les cures des deux hernies sont pratiquées comme dans les opérations précédentes. Les muscles de la paroi sont peu charnus et se dissocient facilement. La paroi est reconstituée au devant du cordon, par suture des bords du petit oblique et transverse à la lèvre postérieure de l'arcade crurale ; par dessus ce plan on fait chevaucher les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique

qu'on suture à l'aide d'une double rangée de points en U. Le malade présente après l'opération une paroi abdominale résistante. A sa sortie de l'infirmerie les deux cicatrices étaient belles, non adhérentes au cordon. Ce malade a été revu à la fin du mois de mai 1912. Il n'y a pas eu récidive ; le malade n'a pas porté de bandage après l'opération.

OBSERVATION XXXIII

S. J., 51 ans, ferblantier. — Entre à l'infirmerie en juillet 1910, avec une volumineuse hernie droite, dont le début remonte à 11 ans. Cette hernie descend dans le scrotum ; elle n'est pas réductible. Depuis deux mois avant son entrée à l'infirmerie, le malade souffre beaucoup de sa hernie, qui est le siège de fréquentes et violentes coliques, ce qui le décide à se laisser opérer.

La cure en est faite comme dans les opérations précédentes. Le sac herniaire était très adhérent au cordon. Ce sac contenait une masse volumineuse d'épiploon qui a été réséqué après ligature en chaîne. La paroi a été reconstituée au devant du cordon comme dans les observations précédentes.

A sa sortie de l'Infirmerie, le malade présen-

tant une bonne cicatrice fibreuse, non adhérente au cordon. Celui-ci était très mobile et ne présentait pas d'induration ni de phénomènes douloureux. Ce malade a été revu à la fin du mois de mai 1912 ; les résultats sont toujours bons. La récidive ne s'est pas produite ; la cicatrice est souple. Depuis son opération le malade n'a jamais souffert ; il n'a pas porté de bandage.

OBSERVATION XXXIV

Q. E., 37 ans, garçon boucher.— Entre à l'infirmerie en octobre 1910, avec une hernie inguinale droite, dont le début remonte à 4 ans. Les deux premières années, cette hernie a été contenue par un bandage qui a été abandonné par la suite, attendu qu'il gênait le malade. Cette hernie est grosse comme un œuf ; le malade n'en souffre pas, mais elle le gêne et lui donne des sensations de pesanteur. Elle n'est pas complètement réductible ; l'anneau inguinal est élargi. La cure en est pratiquée comme dans les opérations précédentes.

A sa sortie de l'infirmerie le malade présentait une paroi épaisse et résistante au devant du cordon. Ce cordon était très mobile, non induré, ni douloureux. Ce malade a été revu à la fin du mois de mai 1912. Les résultats sont toujours excel-

lents. Le malade présente une belle cicatrice, souple, non adhérente aux plans profonds. Le cordon est mobile et n'a été le siège d'aucun trouble. Depuis son opération le malade n'a jamais souffert ; il n'a pas porté de bandage.

OBSERVATION XXXV

C. R., 56 ans, jardinier. — Entre à l'infirmerie, le 10 octobre 1910, avec une volumineuse hernie gauche, dont le début remonte à 16 ans. Cette hernie envahit le scrotum et n'est pas réductible ; elle fait souffrir le malade, chez qui elle provoque fréquemment de violentes coliques. Ces coliques alarment le malade qui demande à se faire opérer. L'anneau inguinal est très élargi, la paroi abdominale, lâche, peu résistante. On opère le malade ; on trouve un sac très adhérent, contenant des anses de l'intestin grêle et du gros intestin. Ces anses sont réduites dans l'abdomen, par la large éventration qui existe sur le trajet du canal inguinal. La paroi est reconstituée au devant du cordon, comme il a été procédé dans les opérations précédentes.

Les suites opératoires furent normales ; le malade, à sa sortie de l'infirmerie présentait une épaisse cicatrice au devant du cordon qui n'adhé-

rait pas à cette cicatrice. Le cordon était mobile, non induré, ni douloureux ; les veines n'étaient pas dilatées.

Ce malade a été revu à la fin du mois de mai 1912. Les résultats sont toujours satisfaisants ; la cicatrice est souple, non adhérente aux plans profonds. Le cordon n'a été le siège d'aucun trouble. On ne note pas d'impulsion au moment de la toux. Le malade est enchanté de son opération ; il n'a jamais souffert. Il n'a pas porté de bandage après l'opération.

Par l'examen des observations précédentes, nous voyons que nos cures radicales de hernies inguinales ont été pratiquées chez des sujets déjà âgés et exerçant des professions pénibles. Certains de ces sujets étaient porteurs de hernies du gros intestin. Ces hernies, pour la plupart, étaient très anciennes, portées par des sujets présentant souvent des parois musculaires défectueuses. Nous n'étions donc pas, dans des circonstances favorables pour obtenir de bons résultats. Néanmoins, sur 150 hernies opérées par le procédé de Rochard, nous n'avons eu que deux récidives et

nous avons vu que ces deux récidives s'étaient produites, chez des opérés, dont la plaie opératoire avait suppuré après l'opération. La suppuration a sans doute fait lâcher des points de suture et désorganisé les tissus ; la hernie a pu ainsi se reproduire.

Les opérés, des observations que nous donnons, ont été revus dans un espace de temps variant de cinq à deux ans, après l'intervention. Ce laps de temps est suffisant, pour qu'il nous soit permis de considérer la guérison comme définitive, attendu que ces opérations ont été faites chez des sujets âgés, à parois abdominales non résistantes. De plus, après leur sortie de l'Infirmerie, ces malades se sont livrés à des travaux fatiguant, sans porter de bandage ; nous ne pouvons donc considérer, que comme excellents, les résultats que nous avons obtenus.

Nous voyons également par les observations que nous donnons, que nous n'avons jamais observé, d'induration du cordon, de névralgie, ou de varice, à plus forte raison d'atrophie testiculaire. Or, plusieurs auteurs ont signalé l'existence d'atrophie du testicule, qu'ils attribuent à la compression du cordon. C'est là un point de la plus

haute importance, qui doit être sérieusement envisagé, dans le choix d'une technique opératoire. Dans le procédé que nous préconisons, on n'aura pas à craindre cette redoutable complication.

Chez les sujets jeunes et à parois abdominales résistantes, les résultats ont été des plus satisfaisants. Nous n'en donnons pas d'observation détaillée, les observations précédentes suffisent pour montrer toute la valeur du procédé employé. Chez les sujets jeunes à bonnes parois, la cure radicale de la hernie, par le procédé de Lucas-Championnière aurait certainement donné aussi, de bons résultats ; ce procédé présente l'avantage d'être simple à réaliser et de demander peu de temps pour son exécution ; c'est un avantage sérieux puisqu'il est nécessaire d'opérer rapidement, pour porter au maximum les chances d'infection. Le procédé d'Estor, de Montpellier, qui reconstitue la paroi postérieure en laissant le canal intact est d'une exécution également rapide et chez de jeunes sujets vigoureux, est susceptible de donner de bons résultats. Nous ne pensons pas que ce procédé soit applicable à des hernies volumineuses où la paroi postérieure est dissociée.

La section du grand oblique est nécessaire,

pour reconstituer au devant du cordon un plan résistant, formé par la suture du fascia transversalis, petit oblique, transverse, au bord postérieur de l'arcade crurale et renforcer ce plan par un chevauchement des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique.

La sûreté d'avoir ainsi constitué une paroi solide qui s'opposera d'une façon définitive à la récidive, compense largement l'avantage d'une rapide exécution. D'ailleurs le procédé de Rochard est également d'une exécution simple et rapide, plus rapide que celui de Bassini, puisqu'on supprime le temps dans lequel on sous-tend le cordon avec une compresse, pour refaire la paroi postérieure du canal inguinal, derrière ce cordon.

Bouveret, dans sa thèse de Montpellier, reproche au procédé de Rochard, de négliger le fascia transversalis, dans la reconstitution de la paroi ; ce reproche ne nous semble pas fondé. Le fascia transversalis est en effet, accolé au transverse et petit oblique et c'est toute cette couche qui est chargée sur l'aiguille mousse pour être suturée à l'arcade. En admettant même que le fascia transversalis ne soit pas compris dans la suture, ce muscle est réduit le plus souvent à un mince feuil-

let, n'offrant aucune solidité ; son action peut être considérée comme nulle dans le renforcement de la paroi abdominale.

Disons en terminant, que le procédé de Rochard n'est qu'une variante des méthodes à paroi antéfuniculaire. Broca et Jalaguier suturent en un seul plan le tendon conjoint à l'arcade de Fallope.

Reclus, reconstitue une paroi en deux plans. Tedenat, de Montpellier, après reconstitution de la paroi au devant du cordon, se contente de suturer par un surjet les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique.

Forgue, également, emploie un procédé de reconstitution de la paroi au devant du cordon, et dans les récentes éditions de son « Précis de Pathologie externe » recommande spécialement, dans le chapitre qu'il consacre à la hernie inguinale, l'emploie d'une technique qui a pour but de refaire la paroi abdominale, au devant du cordon.

CONCLUSIONS

Il nous semble pouvoir tirer du travail qui précède les conclusions suivantes :

1° Le procédé de Rochard est d'exécution aussi facile que n'importe quel autre procédé, en particulier que le procédé de Bassini.

2° Il permet de reconstituer au devant du cordon, une paroi sur plusieurs plans, par conséquent très résistante et capable de s'opposer à la récidive.

3° Il ne donne jamais lieu à aucun des troubles signalés du côté du cordon : varices, névralgies. On n'a jamais signalé d'atrophie du testicule, chez les malades opérés par ce procédé.

La seule cause de récidive paraît être dans la suppuration. Mais le même reproche peut être adressé à tout procédé quelqu'il soit. Par définition, on ne doit pas avoir de suppuration dans une cure radicale de hernie ; c'est une opération simple pouvant être rapidement exécutée.

Nous pensons donc que ce procédé mérite de retenir l'attention des chirurgiens et qu'il est digne de prendre place parmi les meilleurs.

Vu,
Le Président de Thèse,
E. VINCENT.

Vu,
Le Doyen,
CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer,
Alger, le 19 Juin 1912,
Le Recteur,
E. ARDAILLON.

BIBLIOGRAPHIE

AGUILAR. — Médecine moderne, 3, VIII, 1897.

AUTEFAGE. — Résultats et valeur comparée de cure des hernies (Thèse de Paris 1905).

BARKER. — Brit. med. Journal.

BASSINI. — Arch. für Klin. chirur. 1990, t. XL, p. 429.

BEGOIN. — Sur la technique de la cure radicale des hernies (1902-1903).

BERGER. — Cure radicale des hernies (Rev. de chirurgie).

BLAISE. — Cure radicale de la hernie inguinale (procédé de P. Berger).

BONNET. — Nouveau procédé de cure radicale de hernie (Thèse de Montpellier 1905).

BROCA. — Traitement des hernies inguinales, en particulier chez l'enfant (Semaine méd. 1898).

DELBET. — Récidive des hernies (Société de chirurgie 1900).

DUPLAY-CAZIN. — Sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies inguinales (Semaine méd. 96-97).

ESTOR. — Nouveau procédé de cure radicale de la hernie (Semaine méd., 4 mars 1903).

FÉLIZET. — Cure radicale des hernies (Paris 1891).

FOURNEL. — Cure radicale, opération avec nouveau procédé.

FERRARI. — Sulla cura radicale dell'ernia inguinale Bergamo 1895).

GIRARD. — Congrès de chirurgie, 1900.

HALSTED. — The radical cure of inguina hernia (Hôpkins haptal Battmore 1903).

LE DENTU-DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.

LE DENTU. — Cure radicale des hernies inguinales.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies (Paris 1886).

MILLOT. — Modifications apportées à la cure des hernies inguinales (Thèse Paris 1902).

MUGNAÏ. — Nuevo processo per la cure radicale, della ernia inguinale (Réforma méd. 22, 1891).

NÉLATON et OMBREDANNE. — Presse médicale 1897, p. 55, t. II.

PHELPS. — Congrès de chirurgie (1900).

POLOSSON. — Cure radicale des hernies (Lyon Médical 1893).

POSTENSKI. — (Arch. de att. della soc. ital. de chir. 1890).

POULLET. — Congrès de chirurgie 1902. — Gazette des hôpitaux 1896, p. 1240.

REVERDIN. — Bulletin de la Société de chirurgie 1881, p. 268, t. II.

RICHET. — De la cure radicale des hernies (Echo médical 25 février 1906).

ROCHARD. — Les hernies (exposé d'un procédé spécial de cure radicale) Presse médicale, 28, XI, 1903. — Gazette des hôpitaux, octobre 1905.

SCHWARTZ. — Sur un procédé de cure radicale des hernies-myoplastie herniaire (7e Congrès français de chirurgie).

SEGOND. — Cure radicale des hernies (Thèse d'agrégation, Paris 1883).

VANVERTS. — Cure radicale sans fils perdus, procédé de Villlar (1899, Lille).

VILLAR. — Cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Bassini (Journal de Médecine de Bordeaux, 21 avril 1895).